TUMEURS DE LA VOIE EXCRETRICE URINAIRES SUPERIEURE

GENERALITES



- tumeurs développées aux dépens de l'urothélium depuis les cavités excrétrices rénales jusqu'à la portion intra-vésicale de l'uretère
- analogie avec les TV sur les plans épidémiologique, anatomopathologique, clinique
- Elles sont beaucoup plus rares que les tumeurs de vessie (TV).(5% de l'ensemble des tumeurs urothéliales)
- Le diagnostic:clinique(hematurie)

  radio (uroscanner)

- La Néphro-urétérectomie totale est le traitement de référence.

EPIDEMIOLOGIE

- Ce sont des tumeurs rares : 18 fois plus rares que les Tumeurs vésicales.
- Association fréquente avec les TV (15%), de façon concomitante ou tardive . jusqu'à 15 ans
- multifocal dans 30% des cas et bilatéral dans moins de 2%.
- touchent l'homme âgé de plus de 60 ans.

FACTEURS DE RISQUE

- Tabac :(nitrosamines) ++++
- Industrie des colorants, industrie mécanique (lubrifiants), transport routier
- Lithiase urinaire (tumeurs épidermoïdes ++), irritation
- Néphropathie endémique des Balkans
- Abus médicaments : Phénacétine, Cyclophosphamide.

ANATOMOPATHOLOGIE

- **Type histologique**

1- Carcinome à cellules transitionnelles (tumeur urothéliale) : 90%

2- Plus rarement : Carcinome épidermoïde ou Adénocarcinome.

- **Localisation**

  - pyélocalicielle +++ : 2 fois plus que l'uretère

  - Uretère distal ++

HISTOIRE NATURELLE – EXTENSION

1.Extension Descendante : vers la Vessie essentiellement (région péri-orificielle)

2.Extension locorégionale : En profondeur dans la paroi (muscle fin)

3.Extension lymphatique : fréquente, précoce, et dépend aussi du grade et du stade.

4.Extension métastatique : 50 à 60% des cas.Tumeurs

DIAGNOSTIC POSITIF

- **Circonstances de decouvertes:**

1-Hématurie macroscopique +++: 75%

2-Hématurie + douleur lombaire : 20%.

3-Douleurs lombaires sourdes ou à type de colique néphrétique :l'obstruction (caillots, tumeur)

4-Suivi régulier d'une TV traitée

5-Découverte fortuite

6-Plus rarement : hématurie microscopique, anurie, infection urinaire, masse du flanc ou des fosses lombaires, altération de l'état général.

IMAGERIE

1- Cytologie urinaire

-Elle est en général positive si la tumeur est de haut grade. Elle est très évocatrice si la cystoscopie est normale.

-Sa sensibilité est augmentée par la réalisation d'un brossage des cavités excrétrices

2- Échographie

-Elle est peu contributive au diagnostic de TVES. Elle sert surtout à éliminer un calcul radio transparent et rechercher une TV associée.

-Dilatation en amont d'un obstacle ureteral

3-uro-scanner: plus spécifique +++

-stadification de la tumeur

-bilan d'extension loco-régional

-d'éliminer certains diagnostics différentiels, notamment un calcul radiotransparent (densité > 100 UH). La tumeur paraît comme une image tissulaire endoluminale de 10 à 70 UH.

4-Urétéroscopie: souple ou semi rigide

- n'est pas un examen systématique
  - -Cytologie reste normale
  - -Traitement conservateur est envisagé
- permet un brossage et/ou des prélèvements biopsiques sous contrôle de la vue.

5-Urographie intraveineuse :supplanter par l'uro-scanner

- Une lacune dans la lumière de la voie excrétrice
- Une amputation de tout ou partie d'un système collecteur
- Une dilatation des cavités pyélo-calicielles .
- Une image d'arrêt cupuliforme au niveau de l'uretère.
- Un rein muet

6-IRM:

-indiquée en cas de contre- indication à l'examen TDM ou à l'injection de produit de contraste iodé

BILAN DIAGNOSTIQUE RECOMMANDÉ EN CAS DE TVEUS

– Cytologie urinaire, idéalement *in situ*

(Recommandation de grade A)

– Cystoscopie pour éliminer une lésion vésicale synchrone

(Recommandation de grade A)

– Uro- TDM (acquisition au temps excréteur)

(Recommandation de grade A)

BILAN D'EXTENSION

- Extension locale : biopsie si possible . uro-scanner
- Extension ganglionnaire : par le scanner abdomino-pelvien
- Extension métastatique : TDM thoraco- abdomino -pelvien

<u>Classification onco-urologie (TNM :2010) :</u>

T Tumeur primitive

- **Tx Tumeur primitive non évaluable**
- **T0 Tumeur primitive non retrouvée**
- **Ta Carcinome papillaire non invasif**
- **Tis Carcinome *in situ***
- **T1 Tumeur envahissant le chorion**
- **T2 Tumeur envahissant la musculeuse**
- **T3 *Bassinet et calices : tumeur dépassant la musculeuse* envahissant la graisse péri- pyélique ou le parenchyme rénal *Uretère : tumeur dépassant la musculeuse et envahissant* la graisse péri- urétérale**

- **T4 Tumeur envahissant les organes de voisinage ou la Graisse péri- rénale à travers le rein**

N Ganglions lymphatiques régionaux

- **Nx** Ganglions non évaluables
- **N0** Absence de métastase ganglionnaire régionale
- **N1** Métastase ganglionnaire unique ≤ 2 cm
- **N2** Métastase ganglionnaire unique > 2 cm et ≤ 5 cm ou métastase(s) ganglionnaire(s) multiple(s) ≤ 5 cm
- **N3** Métastase(s) ganglionnaire(s) > 5 cm

M Métastases à distance

- Mx Métastases non évaluable
- M0 Absence de métastase à distance
- M1 Métastase(s) à distance

TRAITEMENT

A. Moyens

1-Chirurgie :

a) radicale

La chirurgie est le seul mode de traitement radical.

Elle consiste à réaliser une Néphro-Urétérectomie totale (NUT) élargie +++ avec excision d'une colerette vésicale péri-méatique.

L'intervention classique est menée à ciel ouvert par une double voie lombaire et iliaque.

La voie laparoscopique est une technique nouvelle en voie d'évaluation.

b) Traitement conservateur :

-à ciel ouvert : Urétérectomie segmentaire + réimplantation urétéro- vésicale. Ou anastomose termino-terminale

-Endoscopique : résection de la tumeur par voie endoscopique (urétéroscopie ou après ponction percutanée du rein)

2- Radiothérapie post opératoire

3- Chimiothérapie postopératoire

B. Indications

Elles dépendent de 3 facteurs :

- présence ou non de rein controlatéral sain.
- Caractéristiques de la tumeur : siège, extension et grade.
- État général du patient.

1 -Traitement standard : NUT élargie (tumeur unilatérale quelque soit son siège chez un patient en bon état général avec rein controlatéral fonctionnel et sain).

2 -Tumeur de l'uretère pelvien : chirurgie conservatrice (résection de l'uretère terminal + anastomose urétéro-vésicale).

3 -Tumeur sur rein unique : traitement conservateur.

4 -Extension à la graisse (T3) ou résection incomplète : Radiothérapie ou chimiothérapie post-opératoire

SURVEILLANCE ET RESULTATS

A. Surveillance

- Cystoscopie + cytologie urinaire / 6mois (pendant 2 ans).

-uro scanner annuelle pdt 2 ans puis tous les 2ans.

- Surveillance plus étroite si traitement conservateur.

B. Résultats

-dépendent du stade et du grade de la tumeur :

-Bas grade et bas stade : chirurgie curatrice (survie à 5 ans de 80 à 100%)

- Haut grade, haut stade : mauvais pronostic (survie à 5 ans de 0 à 40%)